GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 529549 INTERCÂMBIO

114	3-Data de Emissão da Guia: 22/04/21	4-Data de Autorização: / /	5-Senha: PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal: 529549	7-Data Validade da Senha: 21/07/21

8-Número da Carteira: 0 2 5 3 6 7 1 7 6 0 0 0 0 0 1 0 1	9-Plano: POS REDE PRESTADORA	10-Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira: / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
UBLINE MARIA DE LIMA — 27/06/1985		14-Telefone: ( ) -	15-Nome do titular do plano: JAQUELINE MARIA DE LIMA	

17-Nome do Profissional Solicitante: ERNESTO GOMES ESTEVES JUNIOR	18-Número no CRO: 26092	19-UF: SP	20-Código CBO S:	025 -
21-Nº na Operadora / CNPJ / CPF: 9 8 4 1 0 5 9 8 4 4	22-Nome do Contratado Executante: ERNESTO GOMES ESTEVES JUNIOR	23-Número no CRO: 26092	24-UF: SP	25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: ERNESTO GOMES ESTEVES JUNIOR	27-Número no CRO: 26092	28-UF: SP	29-Código CBO S:	

31-Código de Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
0 8 1 0 0 0 0 4 9	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	3 4,0 0	0,0 0		N	22/04/21		
0 8 5 4 0 0 4 6 7	RECIMENTAÇÃO DE TRABALHO	11		1	8,0 0	0,0 0		N	22/04/21		

43-Previsão Término do Tratamento: / /	44-Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US: 4 2,0 0	47-Valor Total R$: 0,0 0	48-Total Franquia / Co-participação R$: ,

, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em o. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores tes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

rvação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: / /	53-Data, local e Carimbo da Empresa: / /